

VASCULO-OBSTETRICO**SINDROME DE HELLP**

Ligia Andrea Obando Morales*

SUMMARY

HELLP syndrome is a multisystemic disease which is consist of pregnancy own Thrombotic microangiopathy. This syndrome is associated with severe forms of preeclampsia and eclampsia. Clinical entity characterized by the association of hemolysis, elevated liver enzymes and thrombocytopenia. The main complication of SH are disseminated intravascular coagulation, the abruption placentae and kidney failure.

Keywords: The Hellp Syndrome, Thrombotic microangiopathy.

INTRODUCCION

El síndrome de Hellp es una microangiopatía trombótica específica de la gestación (6), es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de preeclampsia. Este síndrome se ha descrito inicialmente como un elemento de pronóstico desfavorable en las pacientes afectadas por una hipertensión arterial durante el embarazo. (1) Este trastorno se asocia con las formas graves de preeclampsia y eclampsia. La preeclampsia es una enfermedad específica que aparece en un 5-10% de los embarazos y que suele

manifestarse después de la semana 20 de gestación. Se caracteriza por hipertensión y proteinuria. En la eclampsia además, aparecen convulsiones y síntomas cerebrales. (9,3) Este trastorno ocurre en aproximadamente en un 0,2-0,6 % de los embarazos y condiciona a un aumento en la morbimortalidad materno-fetal. (8) En 1982, Louis Weinstein introdujo estas siglas (H,EL y LP) para definir a un grupo de pacientes con o sin preeclampsia/eclampsia con estos hallazgos. En 1991, Redman incluyó una modificación a estas siglas para aquellas pacientes en las cuales no se podía reconocer la anemia

* Médico Asistente General. Área de Salud de Curridabat

hemolítica y lo denominó ELLP. (4,8) El objetivo de este trabajo es brindar una revisión general, práctica y fácil de entender los puntos claves del Síndrome de Hellp, ya que siempre pensando en su presencia podremos alcanzar el diagnóstico e instaurar un tratamiento precoz con el fin de disminuir la morbilidad materno-fetal.

EPIDEMIOLOGIA

Su prevalencia oscila entre 0,17 y el 0,85% de todos los nacidos vivos. Su frecuencia se estima entre el 4 y el 12 % de todas las preeclampsias graves, más frecuente en nulíparas y entre las semanas 32 y 34. (1-2-3-7)

MANIFESTACIONES CLINICAS Y COMPLICACIONES

Entidad clínica que se caracteriza por la asociación de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. (8-3) La principal complicación del SH son la coagulación intravascular diseminada en un 21%, la abrupción placentaria en el 16% y la insuficiencia renal en el 8%. (2) Otras complicaciones más raras son el edema cerebral, el desprendimiento de retina, el edema laríngeo y el hematoma hepático. (9-6-10-5-3) Los hematomas subcapsulares

hepáticos durante el embarazo tienen una incidencia de entre 1:45000 y 1:225000 embarazos. Es una complicación grave o aunque poco frecuente del SH, apareciendo tan solo en 1% de las mujeres afectadas. La mayoría de manifestaciones se dan entre la semana 27 y 37 de gestación aunque puede observarse en el puerperio, con un pico de incidencia máxima a las 48 horas postparto. Existen numerosas teorías que explican la fisiopatología de los hematomas hepáticos, la más aceptada considera que existe un depósito de fibrina en los sinusoides hepáticos y en los espacios periportales, favoreciendo el desarrollo de coagulación intravascular diseminada, vasoespasmo, daño endotelial, elevación de presión intraluminal, exudado y rotura de las anastomosis entre las venas portales y los sinusoides. (9-6-10-5-3) La forma de presentación más frecuente es el dolor súbito en hipocondrio derecho, esto debido a la distensión de la cápsula de Glisson secundaria a la obstrucción de los sinusoides hepáticos por depósito de fibrina así como las células sanguíneas. (9-10-5-3-7) La exploración más utilizada para esta condición es la ecografía. (9)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico clínico del SH,

en gestantes y puerperas, debe cumplir los criterios de Tennessee (Tabla 1). (9-3)

Tabla 1. Criterios de Tennessee para el diagnóstico de síndrome de HELLP

<p>1. Hemólisis</p> <p>1.1 Anormalidades en el frotis de sangre periférica (esquistocitos)</p> <p>1.2 Bilirrubina total superior a 1,2mg/dl</p> <p>1.3 Ausencia de haptoglobina en plasma</p>
<p>2. Elevación de enzimas hepáticas</p> <p>2.1 GOT superior a 72UI/l</p> <p>2.2 GPT superior a 45UI/l</p> <p>2.3 LDH superior a 600UI/l</p>
<p>3. Plaquetopenia inferior a 100,000 plaquetas/mm³ Se establece el diagnóstico con 2 o más criterios.</p>

Para valorar la gravedad, suele utilizarse la clasificación de Mississippi según lo cual los pacientes se dividen en función de sus niveles de plaquetas.

Clase 1: < 50,000 plaquetas/mm³

Clase 2: 50,000 a 100,000 plaquetas/mm³

Clase 3: > 150,000 plaquetas/mm³

TRATAMIENTO

Su manejo consiste en el uso de dexametasona por vía IV en 4 dosis de 10 mg, 10 mg, 5 mg y 5 mg en

intervalos de 12 horas hasta que haya mejoría. En otro esquema de tratamiento la dexametasona se administra en dosis de 10 mg IV cada 6 horas por 2 dosis, después 6 mg cada 6 horas por 2 a 4 dosis. Si persiste la elevación de las concentraciones de transaminasas o de trombocitopenia después del cuarto día después del parto, se deben de considerar las siguientes alternativas púrpura trombocitopenica trombotica, síndrome hemolítico urémico, hígado graso del embarazo, hepatitis inducida por virus o medicamentos y lupus eritematoso sistémico. (3)

CONCLUSION

Es importante tener en mente y sospechar la posibilidad diagnóstica del síndrome de Hellp ante una paciente en gestación la cual se presenta con hipertensión arterial asociado a hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

RESUMEN

El síndrome de Hellp es una enfermedad multisistémica la cual consisten es una microangiopatía trombotica propia del embarazo. Este síndrome se relaciona con formas graves de preeclampsia y eclampsia. Entidad clínica que se caracteriza por la asociación de

hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia. La principal complicación del SH son la coagulación intravascular diseminada, la abrupcio placentae y la insuficiencia renal.

Descriptor: Síndrome de Hellp, microangiopatía trombotica.

BIBLIOGRAFIA

1. Carrascal E, Gonzales M, et all. Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España. Clin Invest Ginecol Obstet. 2004;31:338-9.
2. Curiel Balsera E, Prieto Palomino M, Muñoz Bono J, et all..Unidad de Cuidados Intensivos Maternal, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España. Med Intensiva. 2011;35:478-83. DOI: 10.1016/j.medin.2011.05.011.
3. De Cherney Alan, Lauren Nathan, Murphy Goodwinet T. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétrico. Manual Moderno 9 edición. 2007:339,397,398 y 442.
4. Ferreiro Garcia E, Rey Meijide C, et all.Complejo Hospitalario de Pontevedra, Hospital Provincial de Pontevedra, Pontevedra, España. Clin Invest Ginecol Obstet. 2012;39:128-31. DOI: 10.1016/j.gine.2011.03.001.
5. Ferrer Márquez M, Rico Morales M, Belda Lozano R, et all.Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Torrecárdenas. Almería. España. Cir Esp. 2008;83:155-6. DOI: 10.1016/S0009-739X(08)70536-0.
6. Iribarren Díaz M, Castro Parga G, Freiria Eiras M, et all.Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI), Vigo, Pontevedra, España. Clin Invest Ginecol Obstet. 2013;40:189-92. DOI:10.1016/j.gine.2012.10.002.
7. Martínez Sánchez L, Agudelo Vélez C, Rodríguez Gázquez M, et all. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. 10.1016/j.gine.2013.03.005.
8. Rojas Ferial P, Losada Martine A, et all.Servicio de Neonatología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España. An Pediatr (Barc). 2009;70:159-63. DOI:10.1016/j.anpedi.2008.08.023
9. Sanchez Bueno F, Garcia Pérez Rocío, et all. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Arrixaca, Murcia, España. Cir Esp. 2012;90:33-7. DOI:10.1016/j.ciresp.2011.07.008.
10. Santos Bolivar J, Perozo Romero J, et all.Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Venezuela. Servicio de Cirugía, Hospital Central Dr. Urquinaona, Maracaibo, Venezuela. Cir Esp. 2010;87:50-1. DOI: 10.1016/j.ciresp.2008.12.014